



# SOLICITUD PARA ASISTENCIA - PARTE 3

## Certificación del Cliente y Asignación

Formulario del Estado 48400 (R2 / 12-99) / FI 2403S

**ASIGNACION DE DERECHOS AL SUSTENTO MEDICO Y PAGO DEL CUIDADO MEDICO:** Para obtener la asistencia médica, suministrada en esta solicitud, por medio de ésta asigno mis derechos al sustento médico y los pagos por cuidado médico que tengo a mi nombre o el de cualquier otra persona en esta solicitud, de cualquier tercero, al Estado de Indiana para reembolsarlo por la asistencia suministrada. Esta asignación es un requisito contenido en 42 USC 1396k.

Estoy de acuerdo en cooperar, como se lo solicita, para obtener cualquiera de dichos derechos al pago o cuidado médico que tengo a mi nombre o el de cualquier otra persona en esta solicitud. Entiendo que la no cooperación sin causa justificada resultará en la no elegibilidad para asistencia médica. He recibido un "Aviso Sobre Derechos y Responsabilidades" explicando los requisitos para dicha cooperación.

Esta asignación se pone en efecto el primer día de la cobertura de la asistencia médica que se me concedió o se le concedió a cualquier otra persona en esta solicitud. Permanecerá en efecto hasta que el Estado haya sido reembolsado por todos los servicios médicos que me suministró o le suministró a cualquier otra persona en esta solicitud.

Firma	Fecha de la firma (mes, día, año)
-------	-----------------------------------

**REGISTRO PARA CUPONES PARA ALIMENTOS:** Entiendo que para ser elegible para los Cupones para Alimentos, todos los miembros del Grupo de Asistencia entre 16 y 59 años de edad que no estén exentos, deberán inscribirse para trabajar y desarrollar actividades específicas. Al firmar este documento, estoy inscribiendo todas las personas que deben estar inscritas. Cuando se apruebe mi Grupo de Asistencia recibiré una lista de las personas inscritas para trabajar y referidas a IMPACT y una declaración de sus derechos y responsabilidades.

**ASIGNACION DE DERECHOS AL SUSTENTO DEL NIÑO/A:** Para la asistencia pública recibida y a ser recibida, Yo, el abajo firmante, entiendo que he asignado y transferido a la División para la Familia y los Niños, todos los derechos de sustento (*acumulados, pendientes y continuos*) que yo tenga contra el/los padre/s, la/s madre/s ausente/s nombrados. Esta asignación está sujeta a la 42 USC SECCION 602 (a) (26), como fue enmendada. Esta asignación terminará con relación a los derechos de apoyo actuales en el momento de la terminación de la elegibilidad para Asistencia Temporal para las Familias Necesitadas (TANF), pero el apoyo actual continuará siendo cobrado y distribuido al beneficiario después de la fecha de terminación de TANF, a menos que el beneficiario notifique a la Oficina para el Sustento del Niño/a por escrito, que los servicios de ejecución deberán ser descontinuados. Esta asignación no terminará con relación a los derechos de apoyo (*arrastres y/o moras a partir de la fecha de terminación de la elegibilidad para la asistencia TANF*) a menos y hasta que la asistencia pública recibida en el pasado, en cualquier momento, por el beneficiario arriba indicado para ellos mismos y/o éstos o cualquier otro niño/s, niña/s, ha sido totalmente vuelta a pagar. Después de la terminación de TANF, si el obligado debe arrastres al Estado, debe arrastres acumulados después de la terminación al beneficiario, y el beneficiario descontinúa los servicios de ejecución, todos los montos cobrados por encima del sustento actual serán aplicados primero para pagar totalmente el monto debido al Estado. Si los servicios de ejecución continúan después de la terminación de TANF, todos los cobros por encima del sustento actual serán aplicados primero a los arrastres acumulados después de la terminación y pagados al beneficiario.

Según el aviso de cooperación que he recibido, estoy de acuerdo en cooperar para obtener el pago del sustento del padre o madre ausente. Entiendo que la no cooperación podrá resultar en la terminación de la asistencia financiera para mí mismo/a.

Certifico bajo multa por falso testimonio que lo que sigue a continuación es verdad:

He leído (o se me ha leído) el "Aviso Sobre Derechos y Responsabilidades" y entiendo su contenido.

He revisado toda la información suministrada por mí mismo e ingresada por el entrevistador relacionada con mi Grupo/s de Asistencia.

Entiendo que no estoy certificando la documentación de las verificaciones y cálculos ingresados por el entrevistador relacionados con mi Grupo/s de Asistencia.

Entiendo que cualquier persona que esté huyendo de la ley para evitar ser procesada por un delito o evitar reclusión después de haber sido condenada por un delito o se encuentra en violación de la libertad condicional/libertad bajo palabra como resultado de una condena por delito será inelegible para recibir los Cupones para Alimentos y Asistencia Temporal para las Familias Necesitadas (TANF).

Entiendo que cualquier persona que ha sido condenada bajo la ley federal o estatal por un delito que tiene como elemento de la ofensa la posesión, el uso o la distribución de una sustancia controlada será inelegible para recibir Cupones para Alimentos y TANF.

Toda la información que he suministrado, la cual ha sido ingresada por el entrevistador, está completa y es correcta a mi mejor saber y entender, incluyendo la información suministrada sobre la ciudadanía o el estatus migratorio de cada solicitante.

He recibido una Solicitud de Información de Cambio (Change Report Form) que explica los cambios que debo informar. Entiendo que debo informar a la División para la Familia y los Niños cualquier cambio en mis ingresos, recursos, disposición del hogar, circunstancias familiares o cualquier otro evento que afectaría mi elegibilidad para asistencia, dentro de los diez (10) días de la fecha en que tenga conocimiento de dicho cambio.

Firma del Entrevistado	Fecha de la firma (mes, día, año)
Firma del Testigo (si firmó con una "X")	Fecha de la firma (mes, día, año)
Firma del Entrevistador	Fecha de la firma (mes, día, año)